

車椅子貸出申込書

この車椅子を利用出来る方は、「介護保険の認定を受けていない方（但し、行政からの依頼があった場合はその限りではありません。）」、「短期間の利用の方（最長3月）」です。

粕屋町社会福祉協議会 会長様

令和 年 月 日

申込注意事項

①身分証明書のコピー添付②延長の申込は電話でも可能③最長3月間とする④最長3月間貸出後は貸出を3月間中止する（1月間の場合は貸出を1月間中止、2月間の場合は貸出を2月間中止）

この車椅子は、一時的に車椅子が必要な方への貸出しであり、継続してお貸しすることを目的としていません。

申込者記入欄

使用期間	月 日 ~ 月 日
使用目的	

破損・紛失の場合は実費にて清算して頂きます。

車椅子利用者氏名 _____

車椅子申込者氏名 _____

住 所 粕屋町 _____ 行政区()

電 話 番 号 _____

役場からの依頼 介護福祉課 担当者 _____
依頼日 年 月 日

上記条件により車椅子の貸出を申し込みます。

貸出者記入欄

貸出日	返還日	貸出記録		車椅子 番号
月 日	月 日	1月	月 日	
受付	受付者名	2月	月 日	
		3月	月 日	

連絡先

社会福祉法人 粕屋町社会福祉協議会

電話 938-6844 FAX 938-6886